

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

N°16

ANNÉE 1921-1922

SIGNES ET DIAGNOSTICS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE AU DÉBUT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et Soutenue publiquement le Mercredi 7 Décembre 1921.

par

M^{me} GÉNIN née PEYNAUD Jeannne-Claire

Née le 15 Juillet 1895 à Bordeaux (Gironde).

Examineurs de la Thèse

MM. CASSAET, professeur	Président
ARNOZAN, professeur	Juges
PRINCETEAU, professeur	
CREVX, agrégé	

Le candidat répondra aux diverses questions qui lui seront faites sur
l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRERES

48, Rue du Pas-Saint-Georges, 48

1921

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

N°16

ANNÉE 1921-1922

SIGNES ET DIAGNOSTICS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE AU DÉBUT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et Soutenue publiquement le Mercredi 7 Décembre 1921.

par

M^{me} GÉNIN née PEYNAUD Jeannne-Claire

Née le 15 Juillet 1895 à Bordeaux (Gironde)



Examineurs de la Thèse

MM. CASSAËT, professeur.	Président
ARNOZAN, professeur.	Juges
PRINCETEAU, professeur.	
CREYX, agrégé.	

Le candidat répondra aux diverses questions qui lui seront faites sur
l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRERES

48, Rue du Pas-Saint-Georges, 48

1921

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

PROFESSEURS

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

MM.	MM.		
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitolog.	MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.	Cliniq. ophtalmologique.	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale in-	
Pathologie et thérapeuti-		fantile orthopédie....	DENUCE.
que générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique..	BEGOUIN.
Cliniq. d'accouchements.	RIVIERE.	Clinique médicale des	
Anatomie pathologique..	SABRAZES.	maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Anatomie	PICQUE	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie générale et		Physique pharmaceutiq.	SIGALAS.
histologie	G. DUBREUILH.	Pathologie exotique....	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des malad.cutaa-	
Hygiène	AUCHE.	nées et syphilitiques..	W. DUBREUILH.
Médecine légale.....	VERGER.	Clinique des maladies	
Physique biolog. et Cli-		des voies urinaires....	POUSSON.
niq. d'électric. médic.	BERGONIE.	Clinique psychiatrique..	ABADIE.
Chimie	CHELLE.	Clinique d'Oto-Rhino-	
Botanique et matière		Laryngologie	MOURE.
médicale	BEILLE.	Toxicologie	BARTHE.
Pharmacie	DUPOUY.	M. PRINCETEAU.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatom. et embryologie.	N...		DUPÉRIE.
Histologie	LACOSTE (chargé)	Médecine générale.....	CREYX.
Physiologie	DELAUNAY.		N...
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS (chargé)	Maladies mentales.....	PERRENS.
naturelles	N...	Médecine légale.....	LANDE.
Physiq. biolog. et médic.	RECHOU.		GUYOT.
Chimie biolog. et médic.	N...	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Anatomie pathologique..	MURATET.		DUVERGEY.
	PETGES.	Obstétrique	PAPIN.
Médecine générale.....	CARLES (J.).		PÉRY.
	MAURIAU.	Ophtalmologie	FAUGERE.
	LEURET.	Pharmacie	TEULIERES.
			LABAT.
			N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements	PÉRY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale	SELLIER.
Cours complémentaire de démonstrations et préparat. pharmac.	LABAT.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	MAURIAU.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	GUYOT.
Cours complémentaire de Vénéréologie.....	PÉTES.
Cours complémentaire d'orthopédie chez l'adulte pour les	
accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..	ROCHER.
Cours complémentaire annexe de prothèse et rééducation pro-	
fessionnelle	GOURDGN.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS
F. PEYNAUD
J. KIRECH

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE
PAUL PEYNAUD
MORT DES SUITES DE SES BLESSURES
DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE MILITAIRE

A MA GRAND'MERE

Témoignage affectueux.

A MES PARENTS

Que ce modeste travail soit un gage
de ma profonde affection et de ma re-
connaissance : ils ont formé mon âme
et mon cœur.

A MON MARI ET CHER CONFRERE

MÉDECIN DES DISPENSAIRES D'HYGIÈNE SOCIALE DE L'OISE

En témoignage de ma vive affection.
Les heures de travail en commun sont
de nouvelles heures de bonheur.

A MA BELLE-MERE

A MON FRERE HERVE PEYNAUD
CAPITAINE DE LA MARINE MARCHANDE

A MA BELLE-SŒUR

A MON ONCLE M. PEYNAUD

A MON COUSIN DIDIER

A MA COUSINE PAULIA

A MES BEAUX-FRERES ET BELLES-SŒURS

A MES NIECES

A MES PARENTS — A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. GUINARD
MÉDECIN DIRECTEUR DES SANATORIUMS DE BLIGNY
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR PRINCETEAU
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARNOZAN
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SIGALAS
DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAET
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MÉDECIN DES HOPITAUX
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Nos études de médecine achevées, il est un devoir que nous avons à cœur de remplir, c'est de remercier nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, pour l'enseignement que nous avons reçu d'eux, et la bienveillance qu'ils nous ont témoignée. Le début de nos études qui aurait pu être si difficile a été rendu très captivant par les leçons, de physiologie de Monsieur le Professeur Pachon; à l'hôpital par celles de Monsieur le Docteur Bousquet, qui a été notre premier maître au lit des malades.

Nous avons été toujours intéressée, par les maladies des enfants; Monsieur le Professeur Moussous nous a accueillie dans son service d'une manière si affable, que nous ne saurions trop l'en remercier.

Les leçons des maladies mentales de Monsieur le Professeur agrégé Perrens nous ont beaucoup intéressées, nous le remercions de la sympathie qu'il nous a témoignée au cours de nos études; nous remercions aussi Monsieur le Professeur agrégé Faugère, pour les leçons d'obstétrique qu'il a rendues si claires et si précises.

A Pellegrin, dans le service de Monsieur le Professeur Sabra-

zès, nous avons commencé les études de laboratoire, que ce Maître nous permette de rendre hommage à sa haute valeur scientifique. Que Monsieur le Professeur W. Dubreuilh accepte nos sincères remerciements pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

Monsieur le Professeur Chavannaz, un des Maîtres de la chirurgie contemporaine, a bien voulu nous accepter dans son service; qu'il veuille agréer nos remerciements.

Monsieur le Professeur Bégouin a été notre Maître dans l'art si difficile de la gynécologie; nous avons profité le plus possible de ses conseils éclairés.

Monsieur le Professeur Lagrange nous a toujours témoigné beaucoup de sympathie; qu'il accepte nos remerciements les plus respectueux. Nous avons suivi le service clinique de Monsieur le Professeur Arnozan; nous le remercions de ses leçons et des marques de bienveillance qu'il nous a données.

Nous avons eu l'honneur de faire fonction d'interne dans le service de Monsieur le Professeur Princeteau; ses profondes connaissances et sa méthode d'examen nous seront un guide précieux au cours de notre carrière; nous le remercions de l'intérêt affectueux qu'il nous a toujours témoigné.

Nos remerciements très sincères vont aussi à Monsieur le Docteur Rist, médecin de l'hôpital Laennec, de Paris, dont nous avons pu apprécier l'enseignement pendant le cours de perfectionnement sur la tuberculose, au mois de janvier dernier;

A Monsieur le Docteur Ameuille, médecin des hôpitaux de Paris, dont les solides et brillantes leçons nous ont apporté des notions nouvelles; il nous a donné des preuves de son bienveillant intérêt;

A la Commission américaine de Préservation contre la tuberculose, pour l'aide généreuse qu'elle nous apporte dans la lutte contre ce fléau.

Nous remercions particulièrement Monsieur le Docteur Guinard, médecin-chef des Sanatoriums de Bligny, qui a bien voulu nous accepter dans son service et dont les leçons pratiques et

amicales resteront comme un des meilleurs souvenirs de nos études.

Nous avons également passé deux mois au Dispensaire Albert Calmette, à Paris; que Monsieur le Docteur Jaccoud, médecin-chef, et Monsieur le Docteur Donat, veuillent bien accepter nos remerciements pour leurs bons conseils et l'autorisation qu'ils nous ont accordée, de travailler dans leur laboratoire et de prendre des observations.

Et ce devoir de remercier nos Maîtres nous rappelle toutes les bontés qu'a eu pour nous Monsieur le Professeur Sigalas, doyen de la Faculté, qui nous a comblée de ses conseils et de sa protection; nous le prions d'accepter l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur Cassaët est notre Maître vénéré depuis notre première année d'études; nous sommes toujours revenue dans son service, écouter son enseignement magistral; nous avons largement profité de son expérience, par la précision de son diagnostic et par son enseignement si scientifique. Il reste notre Maître et notre Guide; en acceptant de nous donner notre sujet de thèse, et en la présidant, il nous fait un honneur dont nous reconnaissons le prix. Qu'il veuille bien recevoir l'hommage de notre sincère gratitude et de toute notre reconnaissance.

Signes et Diagnostics de la Tuberculose Pulmonaire au début

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales

1° L'histoire de la tuberculose pulmonaire a passée par plusieurs phases; après les découvertes de Laennec qui décrit les formes classiques, Grancher, Jaccoud et leurs élèves, se sont attachés à préciser les signes de la tuberculose au début. Et de l'époque qui s'étend de 1870 à 1906 environ, sur la foi des auteurs précités, on admettait que la présence de la diminution du murmure vésiculaire et de quelques autres signes sthétoscopiques (respiration rude, expiration prolongée), suffisaient à faire porter le diagnostic de pré-tuberculose.

2° Depuis 1906, Variot, Marfan, Bard, montrent que la respiration anormale (1) peut exister sans tuberculose au début et que la respiration rude est plutôt un signe de tuberculose guérie ou abortive.

Lemoine et Bezançon concluent que la diminution du murmure vésiculaire est dans un dixième des cas seulement contemporaine

(1) Ce terme, dû à Voillez, désigne les respirations où le murmure vésiculaire est altéré et modifié, mais non détruit.

d'un début de tuberculose évolutive; dans deux tiers des cas il y a des stigmates de bacillose soit guérie, soit immobilisée, et dans le dernier tiers, gêne notable de la respiration nasale.

Rist et Sergent, pendant la guerre, s'élèvent contre les idées de Grancher, c'est-à-dire sur la facilité avec laquelle on porte le diagnostic de pré-tuberculose sur la simple constatation de la diminution du murmure vésiculaire.

Tous ces auteurs estiment que les signes d'auscultation seuls étant insuffisants pour affirmer un diagnostic, il est indispensable d'user des méthodes spéciales d'examen que donnent la radiologie et le laboratoire. C'est ainsi que l'on a étudié avec détail toutes les modifications de transparence des poumons et particulièrement des sommets, en avant et en arrière, qui sont liées à des modifications de structure du parenchyme ou au développement des tubercules. De même, par des procédés spéciaux, tel l'homogénéisation des crachats, on pratique des examens systématiques et répétés, jusqu'à déceler la présence des bacilles et l'on est arrivé à cette conclusion que la tuberculose fermée n'existe pas, qu'elle est ouverte dès le début de son évolution; dans un autre ordre d'idées, Calmette et Besredka, appliquant les théories de déviation du complément dont se sont servis Bordet et Gengou pour le kyste hydatique et Wassermann pour la syphilis, sont arrivés à déceler dans le sérum des malades des substances analogues aux anticorps et spécifiques du développement de la tuberculose.

Toutes ces données ont contribué à éclairer d'un jour nouveau les accidents du début de la tuberculose pulmonaire. En effet, elles permettent de confirmer un diagnostic douteux et, par suite, présentent chaque jour une valeur de plus en plus grande.

3° Mais est-ce à dire qu'elles n'ont qu'une valeur théorique ? Le fait de diagnostiquer sûrement une tuberculose alors que les examens cliniques pratiqués par les techniciens les plus remarquables ne permettaient pas de le faire, n'a-t-il pas, au point de vue de l'hygiène sociale, une valeur pratique considérable ? Le mode de diagnostic précoce permet de déceler, en effet, les

sujets suspects, de les traiter assez tôt, de les empêcher de contaminer leurs semblables, et permet de même d'écarter le diagnostic de tuberculose pour ceux chez lesquels les examens répétés ont été négatifs.

Le plan de notre travail comprendra tout d'abord un chapitre de généralités où nous exposons la nécessité de la spécialisation du médecin physiologue qui dépiste tous les cas de tuberculose : puisque la déclaration obligatoire n'est pas encore passée dans nos lois et dans nos coutumes.

Nous examinerons dans un deuxième chapitre le mode de développement de la tuberculose; nous y verrons que la première infection remonte à l'enfance, dans nos pays, et que toute tuberculose survenant par la suite n'est qu'une réinfection.

C'est ce diagnostic de réinfection que nous étudierons avec les méthodes actuelles d'examen. Dans le chapitre 3, nous verrons qu'il s'agit d'un syndrome caractérisé par des signes cliniques, radiologiques et de laboratoire. Enfin, nous terminerons par des observations de début de réinfection, dont nous tirerons des conclusions, trop heureuse si, dans ces quelques pages nous avons pu apporter une modeste contribution à ce sujet qui, tant au point de vue théorique qu'au point de vue des applications pratiques, est à l'ordre du jour.

Signes et Diagnostiques

de la tuberculose pulmonaire au début

Le sujet de notre thèse a été déjà si souvent traité, qu'il pourra au premier abord paraître inutile d'y insister encore une fois. Il nous a semblé, au contraire, au moment où un grand effort s'accomplit, dû tant à l'initiative de nos savants et de nos maîtres,

qu'à celle de l'Etat et des œuvres privées, pour lutter contre le fléau terrible que représente pour nous la tuberculose, qu'une « mise au point » de la question était nécessaire.

La tuberculose, due au bacille de Koch, fait en France, depuis de nombreuses années déjà, cent mille victimes par an environ; pour lutter contre elle, notre pays est resté pendant longtemps à peu près complètement désarmé. Cependant les grands noms de Laennec, Villemain, Grancher, Calmette, pour n'en citer que quelques-uns, sont là pour prouver que notre pays, le premier, a découvert et souligné le mal, et qu'il cherche encore chaque jour le remède spécifique et inconnu.

Il faut lutter cependant avec les moyens dont nous disposons contre cet ennemi toujours présent, dont certains sont allés jusqu'à dire qu'il avait le don d'ubiquité : le bacille tuberculeux; puisque nous ne pouvons songer à l'atteindre lorsqu'il est déjà retranché dans l'organisme humain, qu'à ce moment-là il ne nous reste qu'à faire la part du feu; puisque nous savons que la contagion est l'origine de la tuberculose et qu'elle est dans la majorité des cas, interhumaine et directe, prenons les mesures nécessaires pour protéger ceux qui n'en sont pas atteints.

1° Il faut connaître et dépister les tuberculeux porteurs de bacilles qui, inconsciemment, sèment la mort autour d'eux avec leurs crachats; c'est dans ce but que sont créés les dispensaires antituberculeux, avec médecins spécialisés, qui doivent faire le diagnostic aussi précoce que possible afin de pouvoir, si le malade est curable, l'envoyer au sanatorium; si sa lésion est trop avancée, à l'hôpital; s'occuper d'écarter du foyer contaminé les enfants en les plaçant soit dans les sanatoriums spécialement affectés pour eux, soit au préventorium; soit, avec l'œuvre de Grancher, à la campagne, dans des familles saines et instruites des règles élémentaires d'hygiène. C'est le dispensaire d'hygiène sociale qui a toute la responsabilité de la lutte antituberculeuse. Nous ne saurions trop souligner l'importance du diagnostic précis de tuberculose, cela seul suffit souvent pour arrêter un enfant dans ses études, empêcher le mariage des jeunes gens,

interdire la maternité aux femmes... Quelles conséquences graves ! Et cependant, combien de fois ce diagnostic est-il porté sur des signes insuffisants, pâleur, maigreur, sueurs nocturnes, fièvre vespérale, souvent dus à toute autre cause, tandis qu'on laisse vaquer à leurs occupations, de vieux bronchitiques, toussseurs et cracheurs, qui sèment partout le bacille.

Au contraire, dans certains cas, l'insuffisance d'une visite médicale que seule la femme passe, permet qu'on lui confie la garde de nourrissons de l'Assistance publique, car elle est indemne, mais son mari, tuberculeux avéré, contamine les nourrissons. Le médecin spécialiste peut signaler le cas à l'inspecteur de l'Assistance publique et éviter ainsi la mort de ces tout-petits. (Exemple pris à Chantilly, Oise.)

Il faut donc que le diagnostic soit formulé à bon escient seulement, et d'après M. le Professeur Calmette il paraît indispensable que ce soit par un médecin spécialisé. Il ne peut remplir sa fonction que s'il a fait un stage d'études spéciales sur la tuberculose dans un centre d'instruction technique, et s'il est familiarisé avec les méthodes d'examens bactériologiques et radioscopiques et autant que possible laryngoscopiques. Le choix de ce médecin est particulièrement sérieux, il doit se faire par un concours sur titres et sur épreuves pratiques pour justifier de connaissances techniques, devant un jury compétent. Il faut résolument écarter le système qui consiste à permettre à tous les médecins d'une localité à concourir par roulement au service du dispensaire, aucune continuité dans l'action sociale antituberculeuse n'est possible dans de telles conditions. Enfin il est très désirable que toute clientèle particulière lui soit interdite.

Pour lui aider se trouve l'infirmière visiteuse, qui va faire l'éducation hygiénique, la surveillance à domicile des malades contagieux. C'est sur le dispensaire que doivent être dirigés tous les suspects de tuberculose, c'est là que sont examinés soigneusement, en vue des sources de contagion, toutes les personnes adultes et enfants qui vivent dans leur entourage.

CHAPITRE II

La Tuberculose **Première infection**

C'est Küss qui a prouvé le premier que l'enfant ne naît pas tuberculeux et qu'il ne contracte pas la maladie dans les trois premiers mois de sa vie; le petit enfant qui est né indemne, est pratiquement toujours infecté par une personne de son entourage immédiat, atteinte de tuberculose pulmonaire : en règle générale, c'est la mère même du nourrisson ou les grands-parents auxquels on confie le bébé, dans les milieux aisés la domestique qui s'occupe de l'enfant; à ce moment-là il peut faire une forme évolutive foudroyante et mourir; s'il résiste à cette première infection, il est à la fois immunisé et sensibilisé. Si la première infection n'a pas lieu, dans le jeune âge, comme cela arrive fréquemment pour les enfants des campagnes, lorsqu'on les amène à la ville, ils font volontiers une pneumonie caséuse ou de la phtisie galopante. Les nègres et les individus de race neuve meurent rapidement de tuberculose aiguë généralisée comme les petits enfants.

La tuberculose de l'adulte est due soit à un réveil, soit à une réinfection favorisée par une immunisation insuffisante.

Quelles sont donc les conditions étiologiques qui favorisent la rechute ? Tout d'abord nous trouvons la prédisposition du terrain : lorsqu'il y a déminéralisation ou décalcification; puis c'est la contagion avec les réinoculations successives, massives ou additionnelles; le sexe et l'âge sont aussi à considérer : chez les jeunes filles, c'est au moment de la puberté, chez les femmes pendant la grossesse et l'allaitement; chez les garçons, la puberté, la fatigue des examens, une aération insuffisante; chez tous, le surmenage, une faute d'hygiène générale et alimentaire. Enfin certaines conditions pathologiques : la rougeole, la coqueluche, la variole, la grippe, la fièvre typhoïde, l'alcoolisme, le diabète, certaines entérites tenaces sont des causes de moindre résistance de l'organisme.

La réinfection est annoncée par l'apparition de troubles et de symptômes qui constituent ce que l'on a appelé à tort la prétuberculose et qui est la pré-rechute de la tuberculose. Ces signes sont : la fièvre, l'anémie, l'amaigrissement, la perte des forces, les signes physiques de la localisation tuberculeuse, les troubles de la fonction respiratoire.

Il y a donc deux facteurs qui mêlent leur action : le microbe et le terrain; il faut donc lutter contre les causes de contagion, et maintenir l'équilibre de résistance du terrain.



CHAPITRE III

Méthodes actuelles du diagnostic

Le médecin, pour établir son diagnostic, doit comme pour toutes les autres maladies, interroger soigneusement le consultant. Il essaiera d'obtenir des notions précises sur les antécédents héréditaires et personnels, sur les circonstances occasionnelles qui ont entouré le début de la maladie. Ensuite le docteur commence l'examen du malade.

L'Inspection.

Il doit noter l'aspect général du patient, son état de maigreur plus ou moins grand, les stigmates d'hérédo-prédisposition et d'hérédo-syphilis. Le thorax aplati ou globuleux, l'atrophie des muscles thoraciques, les signes de rachitisme tardifs. Il ne faut pas manquer de faire l'examen dynamique, car dans les mouvements de respiration profonds on peut noter de l'asymétrie due à une gêne mécanique; de l'immobilité du diaphragme par absence des mouvements respiratoires abdominaux.

La palpation.

1° On pratiquera la manœuvre de Ruault qui décèle le retard et la diminution de l'expansion respiratoire des sommets; pour

cela, on se met derrière le patient, on saisit à pleines mains le haut des hémithorax en plaçant les mains à cheval sur les épaules; le pouce en arrière, les doigts sur la clavicule, et on demande de faire des inspirations profondes.

2° Puis on fait l'amplexation bi-manuelle des bases qui montre la diminution d'amplitude respiratoire de la partie inférieure des poumons.

3° On recherche l'hypotonie musculaire par le palper des masses.

4° La modification des vibrations vocales en faisant compter le sujet à haute voix, on perçoit un frémissement comparable dans les parties symétriques à droite et à gauche. Il ne faut pas oublier que, normalement, la vibration est nettement prédominante à droite. Il faut rechercher l'exagération des vibrations au sommet, en particulier dans la fosse sus-épineuse, puis la fosse sus-claviculaire, car c'est dans ces endroits-là que le parenchyme pulmonaire dépasse, en haut, la cage thoracique surtout en arrière, que se localisent les premiers signes de tuberculose de l'adulte. C'est ce qu'on appelle la zone d'alarme.

La percussion.

Elle doit être faite sur toute la hauteur de la cage thoracique en commençant par les sommets, sur lesquels il faut insister avec beaucoup de soins en les comparant l'un à l'autre. Il faut pratiquer successivement la percussion faible et forte pour faire vibrer les couches superficielles et profondes du parenchyme, la diminution de la sonorité, signe de densification parenchymateuse légère, est un symptôme important de tuberculose au début précococ et facile à percevoir; l'augmentation de sonorité par emphyseme localisé au sommet est parfois susceptible de remplacer la matité.

L'auscultation.

Nous avons signalé tout au début de notre ouvrage la divergence d'opinion entre Grancher et ses élèves, et les cliniciens de l'époque actuelle.

Le diagnostic précoce de la tuberculose relève surtout de l'auscultation pour les premiers, tandis que pour les seconds il faut en outre avoir recours aux méthodes de laboratoire et à l'examen radiologique.

Grancher, en effet, avait soumis un très grand nombre d'enfants des écoles de Paris à l'auscultation méthodique, et 15 % en apparence bien portants, présentaient la respiration du sommet droit affaiblie. A l'heure actuelle, ce signe seul est considéré comme insuffisant et certains auteurs sont allés jusqu'à dire que la tuberculose pulmonaire active est ouverte pour ainsi dire dès le début et que seule la constatation des bacilles dans les crachats permet d'affirmer la nature tuberculeuse de la maladie. Par conséquent, pour ces auteurs, toute affection pulmonaire pour laquelle des examens bien faits et nombreux ne font pas constater de bacille dans l'expectoration, est une tuberculose guérie ou n'est pas de nature tuberculeuse.

Sergent, après avoir montré qu'il est injuste de refuser à l'exploration stéthacoustique des sommets son importance, démontre que l'interprétation de l'ensemble des constatations fournies par les divers moyens et procédés d'exploration de l'appareil respiratoire peut seule fixer le diagnostic.

Si l'on a tant combattu le seul signe des respirations anormales, c'est parce qu'il y a de multiples causes d'erreur.

1° Nombre d'individus ne savent pas respirer et l'on ne perçoit à l'auscultation qu'un bourdonnement confus qui cesse après avoir fait tousser le patient et lui avoir montré comment il doit respirer.

2° Il faut tenir compte de l'épaisseur de la paroi. Chez un individu gras et musclé la respiration paraît diffuse, et chez un maigre elle paraît rude.

3° Les causes d'erreur peuvent venir de ce que la voie nasale est peu perméable. Il suffit alors de faire un examen du rhinopharynx où l'on trouve des végétations adénoïdes, de la rhinite hypertrophique ou de l'hypertrophie des amygdales.

4° La diminution du murmure vésiculaire peut s'observer chez

les nerveux, les hystériques, les névropathes, enfin comme l'admet aussi Renon, chez des malades atteints d'appendicite. Presque toujours, dans ces cas, elle est localisée au sommet droit.

Cependant la diminution du murmure vésiculaire n'est pas due seulement à de l'atélectasie simple du poumon; dans deux tiers des cas, d'après Bezançon, on trouve au moment de l'examen des stigmates indiscutables de tuberculose, mais exceptionnellement un début évolutif. La diminution du murmure serait, d'après cet auteur, en rapport avec une lésion cicatricielle ou une tuberculose latente.

On ne peut, par conséquent, pas dire que la diminution du murmure vésiculaire est un signe de début de tuberculose, mais il ne faut pas non plus le considérer comme un signe de guérison. Lorsque l'on constate d'une manière fixe, précise, cette diminution, surtout si elle est localisée au sommet, elle conserve toute sa valeur, même s'il n'y a pas de bacille dans les crachats, puisque dans un grand nombre de cas elle est en rapport avec une lésion peu active, mais dont on ne peut prévoir l'évolution future.

La respiration rude et grave a davantage de valeur car elle est en rapport avec une lésion parenchymateuse du poumon. C'est là un signe de tuberculose du sommet qui peut persister longtemps pour faire place à une respiration soufflante et s'accompagner de craquements. La respiration sèche et granuleuse n'est qu'une variété de la respiration rude. Sergent dit la rencontrer souvent. Enfin, au début des formes évolutives, on trouve parfois des signes surajoutés : rhoncus localisés, râles sous-crépitaux passagers et mobiles, même des craquements qui, s'ils n'apparaissent pas avec la respiration normale, apparaissent à l'expiration forcée, sans « bruit glottique ».

Il faut ausculter très soigneusement le sujet, comparer la respiration des deux côtés à l'inspiration et à l'expiration, le faire tousser, rechercher s'il y a de la pectoriloquie aphone; il faut particulièrement examiner les sommets et le creux sous-axillaire où se localise la tuberculose au début le plus fréquemment.

Ces signes étant insuffisants pour affirmer notre diagnostic, nous pratiquons systématiquement la radioscopie.

La radiologie est un procédé de diagnostic actuellement entré dans la pratique courante, et qu'on ne doit négliger que lorsqu'il est matériellement impossible de le faire.

Les anomalies d'élasticité pleuro-pulmonaires et les défauts de perméabilité à l'air s'expriment par des modifications à l'écran de l'aspect des images. A l'état normal la transparence des sommets est à peu près constante, par conséquent lorsque l'on trouve des ombres et des clairs, il est permis de dire qu'il existe un processus condensant rendant les tissus plus ou moins imperméables aux rayons X, ou un processus ulcératif plus ou moins manifeste. C'est la localisation au sommet, c'est surtout lorsque les lésions concordent avec les signes cliniques qu'il faut y ajouter du crédit; bien que les auteurs signalent parfois que l'auscultation fait percevoir des signes cliniques non douteux, et que l'image thoracique est normale à l'écran. Par contre il arrive que c'est seulement à la radiographie que l'on découvre une lésion qui était passée tout à fait insoupçonnée à l'auscultation. L'examen radiologique décelle aussi des traces de bacilliose ancienne : tubercules parenchymateux crétacés de la base ou du sommet de la grosseur d'un pois au plus; d'adhérences pleurales costo-diaphragmاتيques ou autres, sans auréole inflammatoire périphérique.

Au début on trouve une diminution de transparence du sommet d'un seul côté, il dénote une condensation légère du poumon: elle peut être en forme d'écharpe, soit sur le trajet de la scissure, soit à la partie moyenne ou à la base (ce sont là des localisations anormales du foyer). La forme des sommets dans ces processus récents est celle d'un dôme aplati. Lorsque l'infiltration est plus avancée, le parenchyme prend un aspect pommelé beaucoup plus caractéristique. L'examen des hiles fait constater l'existence d'une réaction des ganglions qui apparaissent assez flous, en bandes, de chaque côté de l'ombre médiane; enfin les radiologues signalent le cœur en « goutte » derrière l'ombre sternale, qui est

un signe d'hypoplasie cardiaque très indirecte non négligeable de terrain tuberculisable ou anciennement tuberculeux. Parfois on aperçoit une image indubitablement cavitaire avec, à l'auscultation, des signes insignifiants, là le passage à l'écran à préciser le diagnostic.

La radiologie est un moyen important d'investigation; mais prise isolément sa valeur diagnostique est minime au début de la tuberculose; les renseignements fournis doivent toujours être confrontés avec ceux de la clinique.

Bactériologie

Après cet examen approfondi, il ne reste plus pour fixer complètement le diagnostic, que l'analyse bactériologique des crachats qui, dans certains cas, est aussi nécessaire que l'auscultation, la percussion, l'examen radiologique, pour le diagnostic précoce de la tuberculose. C'est le seul signe de certitude. Si le malade crache, on fait l'examen, sinon on le fait cracher avec une potion à l'iodure de potassium. On examine les crachats après coloration par la méthode de Ziel Nielsen; si le résultat est négatif, il faut faire l'homogénéisation qui décèle nombre de tuberculoses dites « fermées ». Il faut que cette recherche soit patiente, minutieuse et répétée. Si ces recherches restent sans résultat, on peut faire l'inoculation au cobaye qui sera sacrifié au bout de six semaines.

Réaction de fixation dans la tuberculose

La séro-réaction au moyen de l'antigène de Calmette est très précieuse, malheureusement difficile à réaliser; aussi a-t-on recours d'habitude à la réaction faite au moyen de l'antigène de

Besredka, une des méthodes les plus sûres du diagnostic, qui peut être employée avec succès à la période initiale, alors que la clinique ne permet pas encore de se prononcer. Sauf de rares exceptions, lorsque la réaction est positive, on peut conclure d'une façon formelle à la tuberculose, mais si la réaction n'est pas positive, cela n'exclue pas forcément le diagnostic : dans la pleurésie et chez les malades qui traversent une période fébrile depuis environ cinq semaines elle est négative; lorsqu'il en est ainsi chez un tuberculeux avancé, le pronostic est très sombre. En raison de son apparition précoce, la réaction de Besredka est appelée à servir au dépistage de la tuberculose familiale et à la prophylaxie sociale.

La Cuti Réaction

sa valeur diagnostique et pronostique

L'épreuve de la cuti-réaction fournit à la clinique des données importantes, elle signifie non pas que le sujet est atteint d'une lésion en activité, mais qu'il est porteur d'un foyer tuberculeux récent ou ancien, elle prouve seulement que le bacille a pénétré dans l'organisme dont il a impressionné les humeurs en créant l'état d'allergie.

Dans les pays civilisés, 97 % des populations urbaines réagissent positivement. Chez l'enfant, l'épreuve pratiquée en série permet de saisir le moment de la pénétration bacillaire. Lorsqu'une cuti-réaction est négative, il y a un état particulier des humeurs qui sont en état d'anergie; cet état se rencontre aussi au moment des règles, dans la grossesse et les jours qui suivent l'accouchement; dans certaines maladies infectieuses : rougeole, grippe, scarlatine, fièvre typhoïde, paludisme, pneumonie, rhumatisme articulaire aigu, anémie grave. Il est très important de

savoir si cette anergie est passagère ou définitive pour connaître le degré d'immunité, de résistance présentée par l'individu. Le diagnostic de tuberculose porté par le médecin alors qu'il a réuni ce faisceau de preuves nécessaires à la confirmation de son jugement, il faut surveiller le malade, répéter les examens et prendre les décisions que nécessitent son état.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Prise au Sanatorium de Bligny)

Madame M..., 38 ans, née en Loire-Inférieure, vendeuse dans les grands magasins de Paris.

Antécédents héréditaires : Père mort d'une maladie de foie; mère morte en couches.

Antécédents personnels : Rougeole, grippe grave en 1918; bronchite chronique; pleurésie en décembre 1917; réglée à 14 ans; arrêtée à 26 ans; travail anti-hygiénique et surmenage.

Histoire de la maladie : Débute par pleurésie droite, en décembre 1917; le travail est cessé en juin 1918 après une hémoptysie. Points douloureux; peu de sueur; grippe en septembre 1918 avec fièvre élevée. Amaigrissement de 16 kilos en un an; crache beaucoup; très essoufflée en montant les escaliers.

EXAMEN LE 2 JUILLET 1920 :

Inspection : Thorax très amaigri.

Palpation : Vibrations vocales exagérées à droite.

Percussion : En avant à droite : submatité jusqu'à la ligne axillaire.

En avant à gauche : normale.

En arrière à droite : submatité jusqu'à la moitié de la fosse sous-épineuse.

En arrière à gauche : normale.

Auscultation : En avant à droite : respiration très affaiblie; type soufflant et rude; expiration prolongée.

En avant à gauche : murmure vésiculaire normal.

En arrière à droite : quelques craquements humides apparaissent après la toux.

En arrière à gauche : comme en avant.

Examen radiologique : En avant : le champ pulmonaire droit est voilé, le sommet marbré ne s'éclaire pas à la toux; le sinus costo-diaphragmatique ne s'éclaire pas dans les inspirations profondes.

A gauche : normal.

Examens de laboratoire : Examen bactériologique des crachats positif; séro-réaction de Besredka positive.

Conclusion : Tuberculose post-pleurétique.

OBSERVATION II

(Prise au Sanatorium de Bligny)

D... Lucie, 25 ans, née à Lille, employée de banque.

Antécédents héréditaires : Néant.

Antécédents personnels : Rougeole à 6 ans, grippe grave en décembre 1919; croissance régulière, époques normales, travail anti-hygiénique.

Histoire de la maladie : Début en décembre 1919 par la grippe. Est obligée de cesser le travail en juin 1920 à cause de points douloureux à gauche, de sueurs, de toux, quelques crachats; cependant pas de fièvre, pas d'amaigrissement, les digestions sont bonnes. Faits une poussée fébrile en novembre 1920.

EXAMEN LE 10 DÉCEMBRE 1920 :

Inspection : Thorax d'apparence normale.

Palpation : Vibrations vocales exagérées à gauche en arrière.

Percussion : En avant : P. D. normal, P. G. submatité.

En arrière : P. D. normal, P. G. matité.

Auscultation : En avant à droite : respiration faible, expiration prolongée.

A gauche : mêmes modifications du murmure vésiculaire.

En arrière à droite : respiration faible sans adventice.

A gauche : respiration soufflante au sommet, quelques craquements apparaissent à la toux, souffle hilaire.

Examen radiologique : A droite, transparence normale; à gauche, transparence diminuée, le sommet s'éclaire mal à la toux.

Examen de laboratoire : Examen bactériologique des crachats : positif; séro-réaction de Besredka : positive.

Conclusion : Tuberculose post-grippale évoluant à gauche.

OBSERVATION III

(Prise au Sanatorium de Bligny)

M^{lle} F..., 21 ans, née dans le Puy-de-Dôme, domestique à Paris.

Antécédents héréditaires : Néant.

Antécédents personnels : Rougeole, coqueluche, pneumonie à l'âge de 7 ans, oreillons; croissance normale, grippe grave il y a deux ans.

Histoire de la maladie : Début il y a 7 mois, par fatigue générale, douleurs du sommet droit, essoufflement à la marche, pas de sueur, pas de toux, pas de fièvre, amaigrissement de 10 kilos.

EXAMEN LE 18 DÉCEMBRE 1920 :

Inspection : Amaigrissement général, très marqué dans les fosses sus-épineuses.

Palpation : Vibration vocale normale.

Percussion : En avant, à droite : diminution de la sonorité.

A gauche : normale.

En arrière : mêmes signes.

Auscultation : En avant, à droite : pectoriloquie aphone, pas d'adventice.

A gauche : rudesse respiratoire.

En arrière : même signe qu'en avant.

Examen radiologique : Ombres hilaires chargées à droite; le sommet droit voilé s'éclaire mal à la toux.

Examen de laboratoire : Examen bactériologique des crachats

(homogénéisation), négative; séro-réaction de Besredka, négative.

Conclusion : Pas de signe positif de tuberculose, mais adénopathie trachéo-bronchique.

OBSERVATION IV

(Prise au Sanatorium de Bligny)

M^{lle} H..., 22 ans, née dans la Haute-Saône, couturière à Paris.

Antécédents héréditaires : Un frère mort de congestion pulmonaire.

Antécédents personnels : Anémie, rougeole, coqueluche, croissance normale, santé bonne, époques régulières à 14 ans.

Histoire de la maladie : Début en avril 1920 par quelques crachats sanglants, pas de douleur, de toux ni de fièvre; maigrit de 7 kilos en 4 mois.

EXAMEN LE 22 NOVEMBRE 1920 :

Inspection : Thorax très amaigri.

Palpation : Vibrations vocales diminuées à droite.

Percussion : En avant, à droite : submatité.

A gauche : normale.

En arrière, à droite : submatité.

A gauche : normale.

Auscultation : En avant, à droite : expiration prolongée, légèrement soufflante; bronchophonie et pectoriloquie aphone; pas d'adventice.

A gauche : rudesse, souffle anémique sous les gros vaisseaux.

Examen radiologique : Rien d'anormal.

Examen de laboratoire : Examen bactériologique des crachats : négatif; séro-réaction de Besredka : fortement positive.

Conclusion : Infiltration discrète du sommet droit.

OBSERVATION V

(Prise au Sanatorium de Bligny)

M^e L..., 25 ans, née à Paris, employée de bureau.

Antécédents héréditaires : Néant.

Antécédents personnels : Rougeole, varicèle, grippe grave, bronchite à répétition; pneumonie à 15 ans; époques normales; surmenage.

Histoire de la maladie : En décembre 1919, constate quelques filets de sang dans ses crachats; a des douleurs dans le dos, sueur rare, pas de toux, pas de fièvre; mauvaise digestion, maigrit.

EXAMEN LE 22 NOVEMBRE 1920 :

Inspection : Etat général médiocre.

Palpation : Rien à signaler.

Percussion : Légère matité des sommets, plus accusée à droite.

Auscultation : En avant, à droite : respiration soufflante; respiration relativement prolongée; pas d'adventice.

A gauche : mêmes caractères de la respiration.

En arrière : respiration moins soufflante.

Examen radiologique : Image thoracique normale.

Examen de laboratoire : Examen bactériologique : négatif; séro-réaction de Besredka : négative.

Conclusion : Infiltration légère des sommets à tendance scléreuse.

OBSERVATION VI

(Prise au Dispensaire anti-tuberculeux Albert Calmette)

Madame H..., 34 ans, chaussonnière.

Antécédents héréditaires : Néant.

Antécédents personnels : Anémie, rougeole, croissance difficile; hémoptysies en 1918 et en 1919. Point pleurétique en février 1920.

EXAMEN LE 6 JUILLET 1920 :

Inspection : Mauvais état général.

Percussion : Matité au sommet droit. La percussion provoque de la douleur.

Palpation : Vibrations vocales exagérées à droite.

Auscultation : Murmure vésiculaire affaibli à droite; quelques râles sous-crépitaux apparaissent après la toux.

A gauche : rien à signaler.

Examen radiologique : Voile au sommet droit; non modifié par la toux.

Examen de laboratoire : Examen bactériologique des crachats : positif; séro-réaction de Besredka : positive.

Conclusion : Evolution de tuberculose au sommet droit.

OBSERVATION VII

(Prise au Dispensaire anti-tuberculeux Albert Calmette)

Madame P... Louise, 44 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires : Néant; jamais en contact avec des tuberculeux.

Antécédents personnels : Laryngite depuis 4 ans; ovariectomie unilatérale (kyste) en 1914; bronchite en 1918.

Histoire de la maladie : Amaigrissement, perte de forces; se plaint de douleurs à la base droite.

EXAMEN LE 23 JUILLET 1920 :

Inspection : Très amaigrie.

Palpation : Atténuation des vibrations vocales au sommet gauche.

Percussion : Elévation de la tonalité à gauche.

Auscultation : Sommet gauche respire mal; à droite la respiration est renforcée; rien à signaler aux bases.

Examen radiologique : Arborescence hilare assez marquée.

Examen de laboratoire : Examen bactériologique des crachats : négatif; séro-réaction de Besredka : légèrement positive.

Conclusion : Pas de tuberculose. A été suivie un an.

OBSERVATION VIII

(Prise au Dispensaire anti-tuberculeux Albert Calmette)

Antécédents héréditaires : Néant.

Antécédents personnels : Début de méningite à l'âge de 5 mois; à 9 ans, douleurs aux deux mains et au genou droit. A 14 ans, le genou droit enflé se met en mauvaise position. On le réduit sous chloroforme; c'est un appareil plâtré pendant un an. Depuis, alternance de douleurs aux épaules, aux genoux et aux coudes.

EXAMEN LE 10 SEPTEMBRE 1921 :

Inspection : Amaigrissement.

Palpation : Vibrations vocales exagérées à droite.

Percussion : En avant, à droite : matité.

A gauche : normale.

En arrière, à droite : la matité descend jusque dans la fosse sous-épineuse.

A gauche : rien à signaler.

Auscultation : En avant : respiration soufflante au sommet droit et dans les régions hilaires.

En arrière : quelques craquements fins et très discrets à l'expiration brusquée seulement, dans la fosse sous-épineuse droite.

Examen radiologique : Diminution de transparence des deux sommets, plus étendue à droite.

Ganglions hilaires très marqués.

Examen de laboratoire : Examen bactériologique des crachats : positif; séro-réaction de Besredka : positive.

Conclusion : Rhumatisme tuberculeux de Poncet; infiltration du sommet droit.

OBSERVATION IX

(Prise au Dispensaire anti-tuberculeux Albert Calmette)

M^{lle} M... Suzanne, 16 ans, employée de bureau.

Antécédents héréditaires : Grand-père mort tuberculeux; père mort à 50 ans de laryngite tuberculeuse; est restée en contact avec son père pendant quatre mois.

Antécédents personnels : Rougeole, coqueluche; grippe en 1918.

Histoire de la maladie : En décembre 1919, grand affaiblissement, mauvais appétit; fatigue générale.

EXAMEN LE 3 JUILLET 1920 :

Inspection : Aplatissement du thorax (vient d'être opérée des végétations adénoïdes).

Palpation : Exagération des vibrations vocales au sommet gauche, surtout perceptible en arrière.

Percussion : Légère matité à gauche.

Auscultation : P. G. en avant : inspiration soufflante, expiration prolongée sans adventice.

P. D. en avant : murmure vésiculaire normal.

En arrière : pectoriloquie aphone.

P. G. en arrière : respiration saccadée.

Examen radiologique : Image thoracique normale.

Examen de laboratoire : Examen bactériologique des crachats : négatif; séro-réaction de Besredka : positive.

Conclusion : A surveiller dans la crainte d'une évolution tuberculeuse.

OBSERVATION X

(Prise au Dispensaire anti-tuberculeux Albert Calmette)

M. D..., employé à Paris.

Antécédents héréditaires : Père tuberculeux pulmonaire, vivant.

Antécédents personnels : Il y a 3 ans, a fait une congestion pulmonaire avec hémoptysie, sans température. Après un séjour à la campagne a repris son existence normale.

Histoire de la maladie : Vient consulter le 5 août parce qu'il est fatigué et a une douleur légère en avant à gauche. Tousse très peu, pas de fièvre, pas de transpiration, pas de température; appétit bon, poids stationnaire.

Examen : Respiration légèrement affaiblie au sommet droit, sans adventice. Parti à la mer pendant trois semaines, revient consulter le 2 septembre, à cause d'une hémoptysie assez importante.

EXAMEN LE 2 SEPTEMBRE 1921 :

Inspection : Amaigrissement.

Palpation : Rien à signaler.

Percussion : En avant : sommet droit normal; sommet gauche, submatité très accusée.

En arrière : mêmes signes qu'en avant.

Auscultation : A droite : murmure vésiculaire normal.

A gauche : respiration affaiblie sans adventice.

A l'expiration brusquée apparaissent de petits craquements fins dans la zone d'alarme.

Examen radiologique : A gauche moins transparent qu'à droite.

Examen de laboratoire : Examen bactériologique des crachats : positif; séro-réaction de Besredka : positive.

Conclusion : Début d'évolution tuberculeuse au sommet gauche.

OBSERVATION XI

(Prise au Dispensaire anti-tuberculeux Albert Calmette)

Madame L... Marie-Louise, 25 ans, cuisinière à Paris.

Antécédents héréditaires : Mère morte tuberculeuse à 47 ans; frère mort tuberculeux à 16 ans.

Antécédents personnels : Enfance : scarlatine, rougeole, diph-térie. En 1918, rhumatisme, pneumonie et grippe. En décembre 1919, appendicectomie.

Histoire de la maladie : Depuis quelque temps. tousse le matin et au réveil, crache un peu, douleurs des reins et du côté droit. Crachats rouges le 2 novembre 1920. A perdu 20 kilos depuis 2 ans; très affaiblie, très essoufflée à la marche.

EXAMEN LE 27 JANVIER 1921 :

Inspection : Thorax très amaigri.

Palpation : Vibrations très prononcées au sommet droit.

Percussion : Submatité au sommet droit.

A gauche : normal.

Auscultation : Respiration légèrement soufflante à droite; rudesse nette, quelques adventices à la toux dans le creux sus-claviculaire.

A gauche : murmure vésiculaire normal.

Examen radiologique : Léger voile du sommet droit qui s'éclaire à la toux.

Examen de laboratoire : Examen bactériologique des crachats : négatif; séro-réaction de Besredka : positive faible.

Conclusion : Malade présentant un mauvais état général; à surveiller dans la crainte d'une évolution tuberculeuse.

OBSERVATION XII
(Prise au Sanatorium de Bligny)

M^{lle} L..., 39 ans, née en Seine-et-Marne, mécanicienne (tricot).

Antécédents héréditaires : Père mort tuberculose pulmonaire; 6 frères ou sœurs morts en bas-âge; un frère mort tuberculeux; un frère mort de sténose du pylore; 4 frères bien portants; 3 sœurs bien portantes.

Antécédents personnels : Anémie, rougeole, coqueluche, laryngite, bronchite; lupus à 13 ans; santé chétive; ovariectomie à 23 ans; très surmenée par travail de nuit dans les usines.

EXAMEN LE 11 FÉVRIER 1921 :

Figure lupus : ganglions cervicaux; radio-dermite de la main gauche ayant nécessité l'amputation du 5^e doigt.

Inspection : Thorax d'apparence normale.

Palpation : Vibrations normales.

Percussion : En avant, à droite : sonorité normale.

A gauche : sonorité normale.

En arrière, à droite : légère matité.

A gauche : normale.

Auscultation : En avant, à droite : respiration soufflante; expiration prolongée.

A gauche : respiration faible.

En arrière : mêmes signes qu'en avant.

Examen radiologique : Image thoracique normale.

Examen de laboratoire : Examen bactériologique des crachats : négatif.

Conclusion : Femme à l'état de moindre résistance qui va peut-être faire une évolution tuberculeuse du côté de son poumon droit.

OBSERVATION XIII
(Prise au Sanatorium de Bligny)

M^{lle} C... Suzanne, née à Montauban, dactylo à Paris.

Antécédents héréditaires : Mère morte de tuberculose du rein.

Antécédents personnels : Rougeole, coqueluche, angines fréquentes; règles irrégulières; grippe le 26 avril 1920.

Histoire de la maladie : Début le 26 décembre 1920, par hémoptysie (deux gorgées de sang); cesse le travail; pas de douleurs, pas de toux, pas de sueur, pas de fièvre, d'amaigrissement, de crachats, aucune autre complication; fonctions digestives défectueuses.

EXAMEN LE 26 FÉVRIER 1921 :

Aspect général amaigri.

Inspection : Creux sus-claviculaire très prononcé.

Palpation : Vibrations vocales exagérées à droite.

Percussion : P. D. submatité sus et sous-claviculaire en avant, sus-épineuse en arrière.

A gauche : rien à signaler.

Auscultation : P. D. en avant : inspiration soufflante; expiration prolongée; pas d'adventice.

En arrière : légère pectoriloquie aphone; P. G. normal.

Examen radiologique : Le sommet droit s'éclaire mal, même à la toux.

Examen de laboratoire : Examen bactériologique des crachats : ne crache pas; séro-réaction de Besredka : positive.

Conclusion : Probablement début d'une évolution tuberculeuse au sommet droit.

OBSERVATION XIV

(Prise au Sanatorium de Bligny)

Madame H..., 21 ans, née à Paris, secrétaire.

Antécédents héréditaires : Père mort aliéné; une sœur morte à 8 mois de méningite; trois frères ou sœurs bien portants; tante morte de tuberculose; mari chétif; une petite fille en bonne santé.

Antécédents personnels : Croissance très rapide; santé bonne; époques régulières (12 ans); travail dans les bureaux; surmenage; anémie, chlorose, rougeole, curetage après l'accouchement.

Histoire de la maladie : Début à la fin d'octobre 1920 par de la toux et de l'amaigrissement; sueur pendant un mois, en décembre

1920; crachats abondants, pas de fièvre; digestion mauvaise.

EXAMEN LE 15 FÉVRIER 1921 :

Facies décoloré, aspect amaigri, muqueuses colorées.

Inspection : Creux sus-claviculaire très prononcé.

Palpation : Vibrations vocales exagérées à gauche.

Percussion : En avant : D. normale; G. légère matité.

En arrière : P. D. normal; P. G. matité plus accentuée qu'en avant.

Auscultation : En avant : respiration faible à droite; respiration rude, expiration prolongée à gauche.

En arrière : A droite, mêmes signes qu'en avant; à gauche, quelques craquements humides dans les fosses sus et sous-épineuses apparaissant après la toux.

Examen radiologique : En avant : sommet droit s'éclaire normalement; sommet gauche, dôme légèrement aplati, s'éclaire mal; diminution de transparence jusqu'à la hauteur du mamelon.

En arrière : sommet droit normal; sommet gauche, les signes sont moins nets qu'en avant.

Examen de laboratoire : Examen bactériologique des crachats : positif; séro-réaction de Besredke : légèrement positive.

Conclusion : Tuberculose évoluant après une grossesse normale.

Résumé des Observations

L'observation I est intéressante, car dans l'histoire de la malade nous notons une pleurésie; cependant il y a peu de signes à l'auscultation, mais après la toux apparaissent quelques craquements humides. La radiologie montre davantage de lésions car le champ pulmonaire droit est voilé et nous retrouvons les traces de la pleurésie du côté, du sinus diaphragmatique qui ne s'éclaire pas dans les inspirations profondes. Les examens de laboratoire confirment le diagnostic : c'est une tuberculose post-pleurétique.

L'observation II ne nous présente pas davantage de contagion familiale, mais nous soulignons la grippe qui a laissé derrière elle tant de séquelles. A l'auscultation encore l'inspiration rude, l'expiration prolongée, quelques craquements fins après la toux. Les examens de laboratoire concordent avec la clinique : c'est une tuberculose post-grippale.

Les observations III et V peuvent être comparées à la précédente : il n'y a pas d'antécédents héréditaires, mais la grippe marque le début de la maladie. Les signes sont encore les mêmes : affaiblissement, essoufflement, douleurs; à l'auscultation, de la rudesse respiratoire. La radiographie confirme l'examen clinique, mais l'examen des crachats et la réaction de Besredka sont franchement négatifs; par conséquent, nous ne sommes en présence que d'un mauvais état général; ce diagnostic était difficile à por-

ter à cause de l'adénopathie trachéo-bronchique dans un cas, et dans l'autre l'infiltration légère des sommets à tendance scléreuse.

L'observation IV attire notre attention par quelques crachats sanglants; quelques signes à l'auscultation, l'examen radiologique reste muet ainsi que l'examen des crachats; seule la séro-réaction aide la clinique à affirmer son diagnostic.

L'observation VI est très comparable à la première; c'est une évolution post-pleurétique avec peu de signes apparents.

L'observation VIII nous montre une malade dont l'histoire contagieuse ne peut être établie, mais nous notons un amaigrissement considérable, la perte des forces, des douleurs; l'examen clinique laisse croire à un début de tuberculose, car la respiration est mauvaise, la radiographie n'est pas plus affirmative. L'examen des crachats franchement négatif, tranche le diagnostic, mais la réaction de Besredka légèrement positive reste troublante. C'est dans ce cas qu'il faut suivre le malade pendant un certain temps avant de se permettre d'être affirmatif. Ici la malade a été suivie un an; à l'heure actuelle on peut affirmer qu'il n'y a pas de tuberculose.

L'observation VIII est particulièrement intéressante, car nous trouvons un long passé caractérisé par la présence d'un rhumatisme tuberculeux de Poncet.

A l'auscultation très minutieuse on ne découvre rien; c'est seulement à l'expiration brusquée, sans « bruit glottique », que l'on découvre dans la fosse sous-épineuse, quelques craquements fins et discrets; la radiologie, les examens de laboratoire confirment le diagnostic.

L'observation IX est caractérisée par la présence d'antécédents héréditaires chargés, d'antécédents personnels importants : rougeole, grippe en 1918, végétations adénoïdes ayant provoqué une déformation de la cage thoracique. Les signes cliniques sont douteux; l'examen radiologique et le laboratoire écartent le diagnostic.

L'observation X, qui est celle d'une malade à hérédité chargée présentant peu de signes à l'auscultation, nous apparut très

intéressante, car ce n'est que par l'expiration « forcée » que nous avons décellé des craquements fins dans la zone d'alarme; l'examen radiologique, les examens de laboratoire furent très affirmatifs; la gravité de ce début à évolution rapide aurait pu passer inaperçue.

L'observation XI est aussi chargée par l'hérédité familiale et personnelle; le clinicien pourrait être enclin à affirmer sur ces quelques signes stéthoscopiques son diagnostic; mais le laboratoire est affirmatif; nous sommes seulement en présence d'un état général à surveiller.

L'observation XII est comparable à la précédente, une hérédité très chargée, quelques signes à l'auscultation, mais la radiographie et le laboratoire s'accordent pour nier l'évolution d'une tuberculose pulmonaire actuelle.

L'observation XIII nous présente aussi une hérédité chargée, quelques signes à l'auscultation que nous confirment les examens radiologiques et de laboratoire.

L'observation XIV est celle d'une malade contaminée probablement par sa famille, mais chez laquelle les signes apparaissent comme nous avons pu le remarquer souvent, après une grossesse; la clinique est d'accord avec le laboratoire et l'examen radiologique.



CONCLUSIONS

De l'ensemble de ces observations nous retenons :

1° Que souvent les signes de pré-rechute de la tuberculose sont peu nets; que, par conséquent, il ne faut pas se hâter de porter ce diagnostic.

2° Qu'il faut user de toutes les méthodes de recherches actuelles pour confirmer la clinique.

3° Nous retiendrons pour l'examen clinique :

a) Que les signes de diminution de murmure vésiculaire : la respiration rude, l'inspiration faible ou saccadée, ne doivent être pris en considération que s'ils sont nettement localisés, surtout si c'est à un sommet ou dans le creux sous-axillaire, parfois aux bases chez les enfants;

b) Que la respiration brusquée, sans bruit glottique, décèle souvent des lésions qui passeraient inaperçues sans elle.

4° Pour l'examen radiologique toujours indispensable, qu'au début de la rechute de la tuberculose il faut interpréter les signes fournis surtout lorsqu'ils concordent avec la clinique.

5° Pour l'examen bactériologique des crachats, non moins indispensable, qu'il faut le pratiquer très soigneusement et aussi

souvent qu'il est nécessaire de le faire; nous ne manquerons pas de faire la recherche de la réaction de fixation de Besredka aussi fréquemment que possible.

6° C'est seulement l'ensemble de toutes ces données qui permet d'affirmer le diagnostic de tuberculose pulmonaire au début.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

D^r CASSAET.

VU :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 29 Novembre 1921.

Le Recteur de l'Académie de Bordeaux,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AMEUILLE. — Nécessité d'examens bactériologiques et radiologiques systématiques pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. (*Paris Médical*, janvier 1920.)
- AMEUILLE et KINDERG. — Existence fréquente d'une bacillémie terminale chez les tuberculeux. (Société médicale des hôpitaux, janvier 1914.)
- ARNOULD (E.). — Gravité comparée de la tuberculose pulmonaire suivant l'existence ou l'absence d'antécédents tuberculeux chez les parents. (*Revue de la Tuberculose*, n° 6, 1920.)
- BERNARD (L.). — Etat actuel de la législation antituberculeuse en France. (*Presse Médicale*, 1920.)
- L'action tuberculeuse pendant et après la guerre.
- BERNARD (L.), BARON et BIGART. — Application des réactions à la tuberculine à la clinique. (*Revue de la Tuberculose*, n° 4, 1920.)
- BERNARD (L.), DEBRÉ et BARON. — Le bacille de Koch dans le sang circulant des tuberculeux. (*Annales de médecine*, n° 2, février 1914.)
- BEZANÇON (F.). — La valeur de l'auscultation pour le dépistage précoce de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. (*Revue de la Tuberculose*, t. I, 1920.)

BEZANÇON (F.) et JONG (F.). — Traité de l'examen des crachats.

BRETON et DUHOT. — La réaction des fixations par les techniques de Calmette et Massol et ses applications à la clinique. (*Bulletin de l'Institut Pasteur*, 15 décembre 1919.)

BARD (P.). — Des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. (Congrès de Montpellier, 15 avril 1918.)

BERGERON (André) et LETULLE (R.). — Valeur de la réaction de fixation du complément dans le diagnostic précoce de la tuberculose. (*Revue de la Tuberculose*, n° 4, 1920.)

BESREDKA (A.) et MANOUKINE (Z.). — De la réaction de fixation chez les tuberculeux. (*Annales de l'Institut Pasteur*, juin 1914, p. 575.)

BESREDKA. — Séro-diagnostic de la tuberculose au moyen de l'antigène à l'œuf. (*Paris Médical*, 1^{er} août 1914.)

CALMETTE (A.). — Les acquisitions récentes de la médecine expérimentale dont il faut tenir compte dans nos efforts de lutte antituberculeuse. (Académie de Médecine, novembre 1919.)

— Comment on doit envisager le rôle des médecins et celui des visiteuses d'hygiène dans les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation contre la tuberculose. (*Bulletin du Comité national de défense contre la tuberculose*, novembre-décembre 1920.)

— L'infection bacillaire chez l'homme et les animaux. (Paris, 1920.)

CASSAET. — La simulation de la tuberculose pulmonaire par les infections bronchiques aiguës. (Congrès de médecine de Nancy, 1896.)

CHAIX. — Les tuberculoses latentes pulmonaires. Thèse Paris, 1905.

COMBY. — Contagion familiale de la tuberculose. (*Archives des maladies des enfants*, novembre 1905.)

DESMOULINS. — Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par les rayons X. (*Gazette des hôpitaux*, n° 63, 1919.)

FRIED (B.). — De la réaction de fixation dans la tuberculose. (*Revue de la Tuberculose*, série III.)

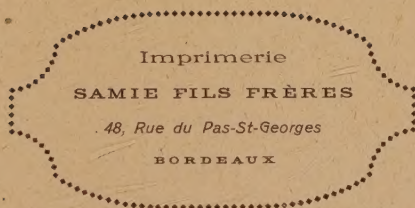
- GUINARD (L.). — Quelques précisions à propos du sélectionnement des tuberculeux à envoyer dans les sanatoriums ou les stations sanitaires. (*La Médecine*, mai 1921.)
- HÉRICOURT (J.). — Tuberculoses latentes et tuberculoses atténuées. (*Revue Scientifique*, 1903.)
- GRUMBERG. — Héritéité et tuberculose. Thèse Paris, 1911.
- MAINGOT. — Aspect radiologique des sommets dans la tuberculose pulmonaire. (*Journal des Praticiens*, 1^{er} juin 1918.)
- Valeur de l'exploration radiologique au point de vue du diagnostic de la tuberculose pulmonaire. (*Revue de la Tuberculose*, n° 4, 1920.)
- MONTELI. — La respiration faible isolée des sommets. Thèse de Bordeaux, 1909.
- MANTOUX et MAINGOT (G.). — Limites de la sensibilité de l'examen radioscopique des poumons. (*Société médicale des hôpitaux*, 17 octobre 1919.)
- PIÉRY. — L'héritéité de la tuberculose. (*Lyon Médical*, 1910.)
- PHILIBERT. — Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par la recherche du bacille dans l'expectoration. (*Revue de la Tuberculose*, n° 5, 1920.)
- RIST. — Les principes du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire. (*Presse médicale*, 15 juillet 1917.)
- Diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire et des affections chroniques des fosses nasales. (*Presse médicale*, 24 juillet 1916.)
- RIST, KINDERG et ROLLAND. — Etude sur la réinfection tuberculeuse. (*Annales de médecine*, janvier 1914.)
- RENON (L.). — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chronique. (*Le Monde médical*, 15 février 1920.)
- RIBADEAU-DUMAS (M.-L.). — Le tubercule d'inoculation pulmonaire infantile et son évolution. (*Revue de la Tuberculose*, tome I.)
- RIBADEAU-DUMAS (M.-L.) et PERROCHON. — Les reliquats du tubercule d'inoculation infantile de l'adulte. (*Bulletin de la Société médicale*, 15 février 1918.)

RIEUX (J.) et ZOELLER (Ch.). — Réaction de fixation et tuberculose.
(*Presse médicale*, 5 novembre 1921.)

SERGEANT (E.). — Sur la difficulté d'apprécier si une tuberculose
pulmonaire chronique est en évolution active ou non.
(*Journal médical français*, décembre 1918.)

— Valeur des signes fonctionnels et généraux pour le dia-
gnostic clinique de la tuberculose pulmonaire. (*Revue
de la Tuberculose*, n° 5, 1920.)





Imprimerie

SAMIE FILS FRÈRES

. 48, Rue du Pas-St-Georges

BORDEAUX



